

# PSIHOSOCIJALNI PRISTUP I ALKOHOLIZAM: ISKUSTVO RADA U KLUBOVIMA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA

## SAŽETAK

*U radu se prikazuje iskustvo profesionalnog djelovanja u klubovima liječenih alkoholičara (u daljnjem tekstu: KLA) kroz perspektivu psihosocijalnog pristupa. U prvom dijelu naznačuje se kontekst djelovanja klubova, a potom se daje kritički osvrt na implementaciju psihosocijalnog pristupa. Kroz takav pristup prepoznati su različiti aspekti u rehabilitaciji i resocijalizaciji osobe liječene od alkoholizma: psihološki, socijalni, spiritualni, kulturološki i rodni. S obzirom da klubovi njeguju obiteljski pristup uz istovremeno prisustvo liječene osobe i člana obitelji, potrebno je koristiti različite metode koje prate potrebe pojedinaca, obiteljskog podsustava kao i cijelog KLA-a kao grupe korisnika. U odnosu pomagača i članova se, osvještavajući njihove moguće otpore, koriste načela suradnog odnosa i poštivanja prava na samoodređenje. Zaključno se prikazuju mogućnosti unapređenja pristupa KLA-u kao i daljnjeg praktičnog i znanstvenog pristupa socijalnih radnika alkoholizmu.*

## UVOD

Rad s osobama s problemom prekomjernog pijenja tijekom njihova oporavka u klubovima liječenih alkoholičara ima dvojaku

---

<sup>1</sup> Ana Miljenović, socijalna radnica, e-mail: miljenovic.ana@gmail.com.

Stručni članak  
Primljeno: prosinac, 2009.  
Prihvaćeno: veljača, 2010.  
UDK 364.272

Ana Miljenović<sup>1</sup>  
Studijski centar socijalnog rada  
Pravni fakultet Sveučilišta u  
Zagrebu

## Ključne riječi:

psihosocijalni pristup,  
alkoholizam, klubovi liječenih  
alkoholičara.

svrhu: prva je orijentirana na rehabilitaciju, a druga na resocijalizaciju osobe. Iako je pojam rehabilitacije najčešće korišten u medicinskom kontekstu i označava »oporavak i povratak prijašnje zdravstvene kondicije« (Klaić, 1978.:1145), u širem je smislu moguće govoriti i o psihosocijalnoj rehabilitaciji koja se tiče oporavka psiholoških, socijalnih aspekata, ali kako će neki članovi posebno isticati, i moralnih, odnosno spiritualnih dimenzija ljudskog funkcioniranja. U tu svrhu primaran je imperativ apstinencija kao pretpostavka svih daljnjih promjena. S druge strane, uloga kluba je resocijalizacijska pri čemu je resocijalizacija određena kao ukupnost procesa koji bi »trebali dovesti do takvih promjena koje omogućuju osobi uključivanje u socijalnu sredinu i uspješno funkcioniranje u društvu« (Petz, 2005.:415). Ovako određena svrha klubova koja je s jedne strane usmjerena na pojedinca, a s druge na poticanje uključivanja u značajne društvene relacije, osobito s naglaskom na obiteljske odnose, podrazumijeva značaj pa i nužnost primjene psihosocijalnog pristupa. Stoga, u prvom ćemo dijelu predstaviti kontekst rada klubova, a potom kroz osnovne elemente psihosocijalnog rada kritički preispitati njihovu implementaciju.

## **KONTEKST RADA U KLUBOVIMA LIJEČENIH ALKOHOLIČARA**

Alkoholizam je prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije »bolest, a alkoholičar bolesnik kod kojega se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje fizička i psihička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji« (Jukić, 2006.:117). Ovakva definicija u jezičnom smislu osobu s problemom alkoholizma drži usko vezanu uz problem, gdje je naziv alkoholičar ostao uvriježen do danas i za sada nema adekvatne zamjene termina. S druge strane, naglašena je njegova medicinska osnova. Naime, tako određenim pojmom alkoholizma primarno se bavi pri zdravstvenim institucijama i to psihijatrijskim odjelima s ponajviše medicinskog osoblja te nešto manje iz drugih pomažućih profesija. U svim fazama liječenja alkoholizma sudjeluju i socijalni radnici, osobito u daljnjoj resocijalizaciji i rehabilitaciji gdje čine značajan udio u ukupnom broju uključenih stručnjaka (Štimac, 2003.). Zadnji stadij, no vremenski najdugotrajniji odvija se u klubovima liječenih alkoholičara. To su grupe podrške korisnicima koji se uključuju najčešće tijekom ili po bolničkom liječenju, a svrha im je pružanje podrške tijekom apstinencije i vođenja osobne promjene. Osnovani su inicijativom profesora Hudolina, psihijatra koji je sredinom 60-ih godina osnovao prve takve programe u kaznionici Lepoglava, a potom ih proširio po Hrvatskoj i kasnije krajem 70-ih po Italiji (Torre, 2006.). Njegova je zamisao još tada bila da pristup bude orijentiran na obiteljske odnose te da oporavak alkoholičara prati i oporavak cijele obitelji. Pri tome i sami članovi obitelji (najčešće bračni partner) postaju aktivni članovi kluba radeći na osobnoj promjeni, a zajednički s apstinentom osiguravaju prilagodbu svoje obiteljske sredine na drugačiji životni stil (Torre, 2006.). Danas su klubovi umreženi u krovnu organizaciju Hrvatskog saveza klubova liječenih alkoholičara koji uvelike osigurava financijska sredstva, koordinira aktivnost klubova te educira stručnjake u ovom području.

Njegov je utjecaj na rad važno imati u vidu s obzirom da od klubova postavljaju očekivanja u načinu rada, predlažu pravila za članove - kako pravila apstinencije tako i pravila grupnih odnosa. Osim njih, značajan utjecaj imaju druge društvene institucije: posebice psihijatrijske bolnice koje upućuje svoje pacijente pojedinim klubovima, sudovi koji, osobito u posljednje vrijeme, počiniteljima nasilja u obitelji mogu i izriču obveznu mjeru liječenja od ovisnosti te centri za socijalnu skrb koji ili upućuju svoje korisnike u klubove ili prate njihov daljnji razvoj, posebice kada imaju izrečenu spomenutu mjeru obveznog liječenja.

Klubovi o kojima će biti riječi nalaze se u gradskim četvrtima Gajnice i Podsused. Kako se radi o otvorenim grupama, fluktuacija članstva postoji kroz cijelu godinu. Tako uz 15-20 registriranih članova, stabilnu jezgru kroz godinu čini 10-12 osoba. Korisnici su osobe s problemom prekomjernog pijenja, ali i prateći članovi obitelji koji se i sami vrlo brzo identifikiraju kao ravnopravni članovi kluba. To ujedno znači i spremnost da rade na osobnom rastu i razvoju. Stoga, već se iz uvodnog dijela može iščitati da radeći u ovom području, u vidu trebamo imati tri entiteta: pojedinca koji se oporavlja nastojeći održati stabilnu apstinenciju, obiteljski podsustav prisutan na sastancima (najčešće bračni par) i konačno, grupu članova kao posebnu kvalitetu koja nije samo njihov zbroj (Ajduković, 1997.). Preuzimajući takvu grupu, potrebno je obratiti pozornost na postojeću kulturu komuniciranja, rada i pravila te stupanj pojedinačne i grupne razvijenosti. Tome treba dodati heterogeno članstvo po pitanju **iskustva u liječenja i apstinencije**: neki su članovi apstinirali prvi put, a neki nakon više liječenja, neki su bili u kontinuiranim periodičnim recidivima, neki u otporu da sebe uopće prihvate kao osobu koja je imala problema s alkoholom; **načina dolaska u klub**: neki su došli nakon stacionarnog ili poludnevnog bolničkog liječenja, a neki isto nisu prošli već bi došli po uputi liječnika psihijatra ili obvezno uz izrečenu sudsku mjeru; **sociodemografskih karakteristika**: prema spolu (3 žene su liječene od alkoholizma), dobi (u rasponu od 26 do 65 godina) ili bračnom i roditeljskom statusu (bilo da je riječ o samcima, partnerima bez djece, parovima s djecom ili samohranim roditeljima). Također, neki su dolazili uz pratnju člana obitelji, dok su se neki tome od početka liječenja opirali. Uz to, stalne promjene članstva već ovako složenu sliku grupnih odnosa čine još složenijima.

## *SURADNI ODNOS POMAGAČA I KORISNIKA*

Psihosocijalni pristup sukladno postmodernim određenjima pomagačkih profesija traži od pomagačkog procesa stvaranje suradnog odnosa (Čaćinović Vogrinčić i sur., 2007.) koji ima tri ključna elementa: dogovor o sudjelovanju, radnu definiciju problema i praćenje prema dogovorenim rješenjima. Inzistira se na drugačijoj etici sudjelovanja na način da pomagač više nije onaj koji zna sve o nastanku i rješavanju problema te da pomagač i korisnik dijele odgovornost za vođenje promjena. Teži se afirmiranju moći, resursa i kompetencija korisnika za aktivno sudjelovanje izgrađujući obostrano povjerenje. S tim je u vezi uvažavanje nove terminologije koja korisnika ne poistovjećuje s patologijom, već naprotiv ističe perspektivu

promjene i mogućnosti. S druge strane, pomagača se vidi kao osobu koja ga treba na to poticati i nuditi nove poticaje kako bi se izbori povećali. Osim suradnog odnosa, Možina (2007.) govori o važnosti osobnog kontakta u pomagačkim profesijama, nasuprot službenom u kojem smo prisutni samo iz svoje uloge i razmjenjujemo informacije na razini usluge, bez ulaženja u intrinzični svijet korisnika. Nasuprot tome, osobni kontakt je istinski intersubjektivan jer počinje trenutcima prisutnosti »ovdje i sada«. Pomagačeva suprisutnost znači da poslane poruke kao primatelj intrapersonalno prorađuje što utječe dalje na ono što će odaslati u komunikacijski proces. Tako se komunikacijske interakcije ne odvijaju unaprijed šablonski utvrđeno, već uz budno praćenje kako verbalne, tako i neverbalne komunikacije i aktivno slušanje. S obzirom na refleksiju intrasubjektivnog svijeta jednog sudionika na svijet onog drugog, moguće je njihovo usuglašavanje, kretanje prema zajednički dogovorenom svijetu sve do onoga što Stern (2004., prema Možina, 2007.) naziva trenutkom susreta koji su posebno zapamćeni, prisni, nose rizik i nesigurnost jer izlaze iz uobičajenog i očekivanog. Ipak, značajni su jer mogu usmjeriti proces prema važnim promjenama, bilo u rješenjima, odnosu ili spoznajama vezanim za korisnika otkrivajući neke druge dimenzije o njemu. Kroz cijeli proces pomagač koristi upotrebno znanje (Čaćinović Vogrinčić i Mešl, 2007.) na takav način da korisniku bude jasno što se događa i kakva je njegova uloga te uloga stručnjaka s kojim radi. Vjerujemo da transparentnost u pojašnjavanju podjele odgovornosti odražava balans između međusobno postavljenih očekivanja.

## *PSIHOSOCIJALNI PRISTUP U PRAKSI TERAPEUTA KLA-A*

S obzirom na ulogu i kontekst djelovanja KLA-a, u daljnjem tekstu pokušat ćemo prikazati kako se ključne odrednice psihosocijalnog pristupa integriraju u terapijskom radu. Pri tome razumijevamo primjenu koncepta pojedinca u okruženju, s uključivanjem svih relevantnih životnih perspektiva, i suradnog odnosa o kojemu je ranije bilo riječi.

Već samo određenje alkoholizma kako je ranije navedeno, uz medicinske aspekte odražava psihološke i socijalne posljedice, a sama ovisnost ima svoju tjelesnu i psihičku razinu. Nadalje, uloga klubova treba biti rehabilitacijska u smislu psihosocijalnog oporavka pojedinca te resocijalizacijska radi njegovog aktivnog uključivanja u društvene odnose pa je prema navedenom, uključivanje psiholoških i socijalnih faktora nužno radi ostvarivanja ove dvojake svrhe. Tako nam je bilo moguće već u početnim tjednima detektirati psihosocijalne teme: sliku o sebi, samopoštovanje, pojavu depresije, obiteljskih teškoća, probleme u komunikacijskim vještinama, materijalne potrebe, proživljene gubitke značajnih osoba, poput partnera ili djeteta. Međutim, najčešće je u fokusu pitanje apstinencije. Apstinencija je primarni zahtjev i rekli bismo prvi manifestni uspjeh koji očekuju članovi obitelji, kluba pa i zdravstveni sustav. Zato je u dinamici grupnog razvoja za sve uključene članove poseban izazov pojava recidiva. Recidivizam označava ponovnu pojavu bolesti te je moguć u bilo kojem trenutku apstiniranja (pa i nakon više godina). Nenadić (2005.) upozorava da i

semantički pojam dolazi iz kriminologije i povezuje se s ponovnim počinjenjem kaznenog djela jer se ne radi samo o medicinskoj činjenici, već je redovito popraćen intenzivnom socijalnom reakcijom. Ona može doći od strane obitelji, terapeuta, ostalih članova kluba, radnog kolektiva i biti praćena osjećajima razočarenja, ljutnje, tuge, gubitka motivacije člana za apstinencijom, posramljenja (Nenadić-Šviglin, 2005.). Međutim, apstinencija je sama za sebe izrazito kompleksno područje koje ne uključuje samo pitanje novog nealkoholičarskog ponašanja. S druge strane, i jednom stabilizirana, nije dovoljna niti će automatizmom riješiti sve druge poteškoće s kojima se članovi i njihove obitelji suočavaju.

Upravo je zbog toga ključno u radu integrirati korisničku perspektivu te prethodno daljnjem radu izdvojiti vrijeme za procjenu grupnih odnosa i uspostavu osobnog kontakta sa svakim članom (Ajduković, 1997.). Važno je da članovi imaju priliku izreći što im je važno, što žele postići, kako bi željeli da grupa funkcionira, što očekuju od terapeutice, a što o drugih članova. Na taj se način pojašnjavaju očekivanja, minimiziraju podrazumijevanja, utvrđuju raznovrsne potrebe, zajednički definiraju pravila i u konačnici izgrađuje struktura rada koja pridonosi doživljaju jasnoće i transparentnosti procesa. U sadržajnom smislu, individualiziranim pristupom svakom članu, moguće je dobiti uvid u obilježja pojedinca i njegova okruženja. Radi lakšeg razumijevanja, dobivene smo uvide usustavili koristeći teoriju sustava, teoriju obiteljskih sustava i metateorijski okvira McCrae i Costa (2001.) za proučavanje ličnosti.

## **PSIHOLOŠKI ASPEKTI U RESOCIJALIZACIJI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA**

McCrae i Costa (2001.) u sustavu ličnosti navode 5 aspekata: osnovne tendencije ličnosti, način adaptacije pojedinca kroz vještine, ponašanja, izgrađene stavove, *self* koncept ili razvijanje slike o sebi, objektivnu biografiju i izvanjske utjecaje. Iako nastojeći dobiti uvid u što je moguće više činjenica o svakom, ipak se s obzirom na kompetencije i svrhu kluba, ponajviše zadržavamo na aktivnostima usmjerenima prema načinima adaptacije pojedinca na vanjske utjecaje te razvijanje slike o sebi. Alkohol je bio važan dio te adaptacije pri čemu su razvijane navike i stavovi koji podržavaju ovisnički stil života. Alkohol se pritom simbolički povezuje s drugim životnim potrebama: za pripadanjem društvenim grupama, kao anestezija samoće, praznine ili tereta tuge, beznađa i besmisla uslijed velikih životnih gubitaka. Zbog takvog značaja ne čudi da u razdoblju osobne »tranzicije« kada se uspostavlja apstinencije nastaje prostor praznine. Zato apstinenciju ne valja definirati samo u negativnom kontekstu kao odsutnost alkohola, već joj pripisati pozitivnu usmjerenost na nove sadržaje, navike, ponašanja i stavove. U tom smislu prorađivali smo vještine donošenja odluka, mijenjanje stavova ne samo o alkoholu nego uopće o svemu što im je važno poput obiteljskog života, zdravlja, radne produktivnosti, rasonode, odnosa s drugim ljudima i prema samome sebi. Tako korisnici počinju vrednovati ono što možda nisu prije ili jačaju već otprije izgrađen

sustav vrijednosti. Promjena ponašanja olakšava se pružanjem podrške, poticanja da se članovi obraćaju jedan drugome u trenutcima kriza i inspiriraju na nove aktivnosti.

Osim promjena u adaptaciji k apstinencijskom ponašanju, jedan dio članova suočava se u psihičkom smislu s komorbiditetom alkoholizma i depresije. Pritom je važno imati na umu granice profesionalnih mogućnosti i kapaciteta klubova koje nisu dostatne da bismo dubinski radili na depresiji. Međutim, klub je mjesto gdje članovi u onoj mjeri u kojoj se mogu otvoriti, govore o tome kako depresija »izgleda« u njihovim životima, kakvim je mislima i osjećajima praćena ili o teškim događajima s kojim ju povezuju. Pritom treba voditi računa da klub bude sigurna sredina u kojoj se nikoga ne osuđuje, razuvjerava ili uči i savjetuje, već podržava, pokazuje razumijevanje i daju osobne refleksije ukoliko su ih članovi voljni čuti. Druge mogućnosti usmjerene su više na suočavanje s čimbenicima povezanim s depresijom kao što su poticanje na svijest oko fizičkog zdravlja i jačanje slike o sebi. Pitanje samopoštovanja i samopouzdanja pokazalo se važnim jer korisnici po liječenju, a dio njih i prije samog razvoja bolesti, navodi da o sebi nema dobro mišljenje i da kada ih se pita da nešto kažu o sebi kao osobi, najčešće biografski navode elemente svoje prošlosti naglašavajući osjećaj krivnje i unutarnje motivacije da poprave sada sve loše što su činili. No s druge strane, teže im je govoriti afirmativno o sebi, radije naglašavaju sve što je pozitivno i hvalevrijedno u okolini koja ih je podržavala u liječenju, nasuprot njima koji su »naniželi mnogo zla sebi i svojim bližnjima i bili im na teret«, kako znaju reći. Osim za alkoholizam, nisko samopoštovanje vezano je i za narušavanje nekih drugih značajnih odnosa, primjerice, kroz iskustva bračne nevjere koja su za neke bila vrlo ponižavajuća. Zato su u radu kluba nezaobilazni socijalni činitelji.

## *SOCIJALNI ASPEKTI U RESOCIJALIZACIJI LIJEČENIH ALKOHOLIČARA*

Jedna od osnovnih zadaća kluba je resocijalizacija koja znači potpuno uključivanje korisnika u društvene relacije i sposobnost da zadobije i izvršava svoju ulogu. Primarni je naglasak na obiteljskim odnosima, mada su za kvalitetno funkcioniranje važni i radni odnosi te odnosi sa širom okolinom u kojoj korisnici pronalaze izvore podrške i zadovoljavaju socijalne potrebe. Nova okolina postaje i sam klub liječenih alkoholičara. Sve ove razine izgrađuju kontekst ili okruženje koje je u međudjelovanju s pojedinačnim. Za kvalitetan odnos između tih dvaju entiteta važne su komunikacijske vještine. Primjerice, vještina samoprezentacije s obzirom da su katkad promjene pojedinca teško prihvaćene u njegovoj okolini (pa će, primjerice, prepreka biti u predstavljanju sebe kao apstinenta u društvu gdje je konzumacija alkohola važan društveni ritual). U obiteljskoj sredini potrebna je nova prilagodba u kojoj jedan član više nije teret i problem, već aktivan i odgovoran sudionik. Iskustvo nam pokazuje da u slučajevima oporavka cijela obitelj preispituje svoje temelje, vrijednosti koje polažu na bračni život o kojima se otvoreno razgovara, uspostavljanje pravila komunikacije (osobito aktivno slušanje i slanje ja poruka kao temelje djelotvorne komunikacije u obitelji) i dogo-

vorenu podjelu odgovornosti. Osim obiteljske, pozornost treba posvetiti i široj društvenoj okolini. Korisnici navode da se kroz liječenje krug osoba koje su smatrali prijateljima smanjuje iako je potreba za nekom osobu od povjerenja i izvan obiteljske sredine stalna. Stoga je izazov usuglasiti novi stil života s okolinom za koju često navode da je ostala po pitanju alkoholičarskih obilježja ista. S obzirom da se najčešće radi samo s liječenim alkoholičarima, a tek iznimno rijetko dođe i netko iz tih prijateljskih krugova s njima na sastanak (iako ta mogućnost nije isključena) radimo na asertivnosti i vještini reći ne porocima u prijašnjim društvenim krugovima. No, s druge strane, upravo se kroz klubove članovi razvijaju nova prijateljstva neovisna o radu kluba.

Radna okolina također se pokazala značajnom. Kod nekih je radni položaj uslijed alkoholizma bio ugrožen, dok je kod drugih čak organizacijska kultura podudarna s razvojem alkoholizma. Tako jedan od članova u sezonskom radu vodi ugostiteljski obrt što je vrlo rizično za apstinencijski stil življenja ili drugi je primjer korisnika koji se dugo vremena kretao se u poduzetničkim krugovima gdje je alkohol uobičajen za poslovne sastanke i druga poslovna događanja. Općenito, nije rijetko uvjerenje da su ljudi djelotvorniji pri radu uz alkohol (posebice ako je riječ o fizički napornijim poslovima) ili da se posebni uspjesi upravo obilježavaju konzumiranjem alkohola (Kotarac, 2005.). Stoga je bilo važno s članovima prorađivati i značenje koje njihovo radno mjesto ima za njih te status u radnom kolektivu integrirajući apstinencijsko ponašanje sa zahtjevima radne okoline.

Osim psihološke i socijalne dimenzije korisnici česti iskazuju **duhovnu razinu** tražeći odgovore na pitanja smisla i tereta osjećaja krivnje, kao i mogućnosti poticajne promjene vrijednosnog okvira i moralnog oporavka. Radat (2005.) navodi kako je duhovna dimenzija bila u vidu promjene svjetonazora i/ili prakticiranja religioznosti mogući zaštitni čimbenik u izgradnji nove slike svijeta i pridavanju smisla proživljenom. Wolman (2001.:83-84) govori u tom smislu o spiritualnoj inteligenciji kao »ljudskoj sposobnosti da se pita o smislu života i kvaliteti veza sa drugima«. S tim je povezana i motivacija za osobnom promjenom jer propitivanje o životu uključuje i razmišljanje o vrijednostima, o novom smjeru životnog puta i djelotvorniji odnos prema preprekama (Bebić, 2005., prema Radat, 2005.).

## *KULTUROLOŠKA I RODNA PERSPEKTIVA RADA U KLA-U*

U razvoju adaptacije i stavova prema alkoholu, posebno je važan kulturološki aspekt. Društvo u kojem živimo često u svom folkloru i javnoj promidžbi podržava pijenje. Tako članovi znaju reći da bi se neki od njihovih rođaka ili prijatelja uvrijedili što ne žele nazdraviti »nečim konkretnim« za rođenje njihova djeteta. To pridonosi osjećaju stigmatiziranosti i stalnog podsjećanja da su drugačiji od drugih. Osim toga, posebno je važno u grupi gdje većina ipak dolazi iz kulturološkog *maintrama* razumjeti specifične potrebe članova iz inače socijalno marginaliziranih skupina (poput osoba s invaliditetom, romskog stanovništva, siromašnih ili neobrazovanih članova) (Council of Europe, 1998., prema Ajduković, 2008.).

Što se rodne perspektive tiče, potrebno je osvijestiti razlike koje postoje između žena i muškaraca bilo da imaju problema s prekomjernim pijenjem, bilo da dolaze kao podrška apstinentu. Žene će tako reći da su prešutivši partnerov alkoholizam, štitile nepovredivost obitelji, stvarajući pritom sliku sebe kao majke-žene-žrtve s punom kontrolom nad obiteljskim funkcioniranjem. Istovremeno se nalaze u neprilici kada suprugu, kao sada aktivnom i odgovornom članu obitelji, trebaju prepustiti dio svojih »ovlasti« nad kućanskim i obiteljskim ulogama. Iskazuju i revolt zbog osjećaja da žena uvijek mora šutjeti- i kada muškarac pije, ali i onda kada apstinira »da ne bi svojim prigovaranjima nanijele štetu«. Zvekić (2005.) prepoznaje da se takvi odnosi mijenjaju kada je žena ta koja ima problem s alkoholom navodeći da će prije ženski alkoholizam biti kritiziran kao sramotniji, s vidljivim posljedicama u funkcioniranju obiteljskog domaćinstva. Međutim, u apstinenciji će doživjeti manji društveni pritisak da se vrate alkoholičarskom ponašanju. Praćene su i drugačijom kvalitetom socijalne podrške pa će, primjerice, rjeđe dolaziti u pratnji člana obitelji, posebice partnera. Uopće će žene uzroke alkoholizma vidjeti u obiteljskim i psihičkim teškoćama te ga rjeđe navoditi kao stil života. Dosadašnje korisnice alkohol navode kao anesteziju za bol, tugu i strah u pretrpljenom obiteljskom nasilju, izraz adolescentskog bunta prema roditeljima ili izlet i izvor ugone koji izlazi iz okvira dobro organiziranog obiteljskog života s unaprijed postavljenim očekivanjima. No s čime god ga povezivale, sve su bile zbog svog alkoholizma češće i ranije kritizirane, a uopće žensko pijanstvo nalazi društveno manje opravdanja i podrške u odnosu na muško.

## **NAČIN RADA U KLUBU LIJEČENIH ALKOHOLIČARA - ZNANJE I METODE**

U klubovima liječenih alkoholičara terapeut u isto vrijeme treba imati perspektivu potreba tri entiteta: pojedinca sa svojim specifičnim potrebama i resursima, obiteljski (najčešće bračni) podsustav i grupu korisnika. Potrebna su znanja o razvoju ličnosti, obiteljskoj dinamici, stvaranju i održavanju socijalnih odnosa, funkcioniranju društvenih sustava i grupnoj dinamici. Pritom, kroz koncept upotrebnog znanja (Možina, 2007.) terapeutova zapažanja dijele se »naglas« dajući mogućnost korisnicima da iznose svoje refleksije ako su predodžbe neusklađene. Na taj se način stvara kreativan komunikacijski prostor za obogaćivanje spoznaja i širenje perspektiva.

Rad je primarno tretmanski, no u nekim aspektima i prevenirajući za razvoj drugih obiteljskih ili osobnih teškoća jer anticipira moguće aberacije koje se događaju po povratku iz stacionarnog liječenja (primjerice, nošenje s osjećajem krivnje ili s potrebom da se pripisuje krivnja). Ključni je proces osnaživanja kako člana apstinenta, tako i člana njegove obitelji, obiteljskog podsustava, te grupe. Osnaživanje je način gledanja na korisnika, ali i usmjeravanje korisnika da tako gleda na sebe, kao i na druge članove u klubu. Grupa je za



to pogodno okruženje koje daje priliku da se osobnim resursima podrži drugoga i obrnuto, zrcali u tuđem razumijevanju i podršci. Međutim, članovi često imaju poteškoća da sami nađu svoje unutarnje snage, dok ih lakše detektiraju u drugima. Zato kada dožive da im netko ukaže povjerenje da mogu donositi i provoditi životne odluke, lakše to isto prihvaćaju u sebi i sa sobom. Počinju osjećati odgovornost ne samo prema obitelji ili društvu, već i prema samima sebi.

U radu se koriste sljedeće tehnike: poticanje rasprava o određenim sadržajima, reflektiranje na zamijećene procese, otvaranje, pružanje sadržaja za osobno ili obiteljsko promišljanje koji su izravno primjenjivi (primjerice, kako poboljšati komunikaciju, asertivno ponašanje i slično) bilo putem pitanja, tekstova, ili primjera iz njihova života razgovorom ili pismenim izražavanjem. Verbalnim putem članove se podržava prepoznajući njihove resurse, potencijale, a osnažujuća komunikacija izravno se potiče između članova međusobno, pri čemu je ključno usvojiti znanje o slanju *feedbacka* i ja poruka. Što se tiče grupnih procesa, potiče se iznošenje iskustava uzimajući u obzir da svaki član dobije dovoljno prostora za sebe. Grupna kohezija jača podjelom dužnosti, slanjem podrške razgovorom o krizama u grupi te zajedničkim stvaranjem pravila. Klub se i godišnje na svojoj skupštini i tribini otvorenoj za javnost ima priliku predstaviti drugim klubovima te putem koordinacije klubova liječenih alkoholičara zapad u kojima aktivno sudjeluje u mjesečnim sastancima preko svojih predstavnika. Njeguje se tradicija pristupa koji nije uvijek sasvim prihvaćen kao model rada, a kojim se nastoji postići da klub bude podržavajuća, topla sredina u kojoj će se ljudski, ali konstruktivno uputiti kritika kada je potrebno, bez nametanja ili sankcioniranja. Sve ono što je izvan domene djelovanja, nastoji se članovima približiti kroz informacije o raspoloživim društvenim resursima (vezane za obrazovanje, zapošljavanje, daljnju medicinsku ili psihoterapijsku pomoć i druga socijalna prava).

Međutim, unatoč nastojanjima, sastavni dio terapijskog rada su otpori korisnika. Bilo da je riječ o članovima koji su u klub upućeni sudskom odlukom obveznog liječenja ili onima koji su pod »neslužbenim« pritiskom partnera ili radnog kolektiva, upućeni na apstiniranje, otpori se pokazuju u vidu iskazivanja ljutnje, podcjenjivanja uloge kluba i članova, ponuđenih sadržaja, skrivanja iza načelnih tvrdnji o drugim ljudima ili suviše općenitih tvrdnji u kojima gotovo uopće nema ja – govora ili šutnje i pasivnosti. Neke od mogućih razloga, Ajduković (2008.) vidi u tome da se problem poriče, da je odnos prema problemu drugačiji nego što ga ima šire društvo (u ovom slučaju prema konzumiranju alkohola i alkoholizmu), da postoji sumnja da je promjena moguća, ali i u samoj činjenici doživljaja prisile. Prema teoriji reaktivnog otpora Brehm i Brehm (1981., prema Ajduković, 2008.), osoba doživljava da je njena sloboda i pravo na samoodređenje ograničeno ili se nastoji ukinuti nekim oblikom društvene prisile. Tada se stvara i iskazuje otpor kao način na koji pojedinac nastoji vratiti svoj doživljaj slobode. U tom bavljenju otporima, tj. njihovom smanjivanju, od velike je važnosti kvaliteta interpersonalnih odnosa.

## ODNOS TERAPEUTA I ČLANOVA KLA-a

Kako bi se postigla promjena koja je u ovom slučaju mogli bismo reći i radikalna, od odbacivanja postojećih i usvajanja posve drugačijih navika i novog svjetonazora, postoji uvjerenje da je u klubu djelotvoran pristup onaj koji je tvrd, odlučan i direktivan s konfrontiranjem članova kada umanjuju intenzitet problema, iskrivljuju sliku stvarnosti ili izbjegavaju »apstinencijsku disciplinu« u smislu redovitih dolazaka, izbjegavanja alkohola i ugostiteljskih objekata. Međutim, iz dosadašnjeg iskustva vidljivo je kako postoji opasnost da takav pristup rezultira povećanjem otpora i prema Murphyju i Baxteru (1997., prema Ajduković, 2008.), povlačenjem korisnika i negativnog djelovanja na njihovu sliku o sebi. Umjesto toga, pokazalo se pogodnijim promicati osobnu odgovornost pozivajući korisnike na nju. To znači da članovi imaju dovoljno prostora da iskažu svoje razumijevanje problema s umjerenim konfrontiranjem ako je on u raskoraku s onim što činjenice objektivno pokazuju (primjerice, osoba govori da je »ponekad malo pila«, a medicinska dokumentacija ukazuje na alkoholizam u već uznapređovalom stadiju smanjenja tolerancije na alkohol). Uz osvještavanje i preuzimanje osobne odgovornosti, bilo je važno i da se analiziraju mogući pozitivni i negativni ishodi za sve donesene osobne odluke i učinjene postupke (Ajduković, 2008). Osim toga, a kako ističe i jedna od članica kluba, od strane socijalnog radnika nije joj potrebno » sažaljevanje, već razumijevanje (...) pomoć da se prebrodi strah i sram i otvoreno govori o osjećajima i potrebama« (Mojaš, 2005.:46). Smatramo da je terapeutova uloga podržati, slušati, ponuditi nove informacije i sadržaje za osobno promišljanje te slati poruke o stalnom osvještavanju i korištenju vlastitih resursa. Time se gradi pozitivna slike o sebi iako je članovima teško govoriti o sebi, a posebice bez prizvuka osjećaja krivnje i moralne odgovornosti, »onoga što duguju« i to najviše prema drugima, a rjeđe prema sebi. Suradni odnos potencirali smo upravo uslijed grupnih sukoba kada su rasvijetljene različite percepcije dobrog kluba, obveze članova i terapeuta. Dok su jedni članovi naglašavali značaj autonomnog odlučivanja za svoj život, drugi su zahtijevali više direktivan odnos s gore navedenim značajkama. To je bila dobra prilika za dijalog o očekivanjima, obvezama i doprinosima, a u kontekstu grupnog funkcioniranja smatramo da smo učinili ono što sudionici suradnog odnosa trebaju činiti: razjasnili očekivanja, uredili pravila i zajednički postavili ciljeve. Poštivanje dostojanstva svakoga izražena je i njegovana vrijednost, a kontinuirano praćenje razlikuje se od kontroliranja. Takav pristup pokazao se dobrim i za smanjivanje otpora jer je povećao doživljaj samih članova da unatoč pritiscima okoline imaju prostor slobodnog odlučivanja i čuvanja prava na samoodređenje.

## UMJESTO ZAKLJUČKA: MOGUĆNOSTI DALJNJEG UNAPREĐIVANJA RADA U KLA-u

Unatoč nastojanjima, svakako postoje točke koje traže još mnogo poboljšanja. Za sada na lingvističkoj razini nema prikladnijeg naziva od termina »liječeni alkoholičar« koji članove

i dalje drži blizu problema iako oni upravo rade i žive suprotno. Katkad se u govoru može poslužiti opisom ponašanja (pr. kada ste imali problema s prekomjernim pijenjem), no često je takvu složenu konstrukciju teško upotrijebiti. Osim toga, bilo bi dobro koristiti tehniku motivacijskog intervjua (Ajduković, 2008.) i uopće individualizirati pristup članu prije nego se uključi u grupni rad provjeravajući njegovu perspektivu, očekivanja, ciljeve i njegovo razlikovanje od grupnih. Iako se promiče nedirektivan, osnažujući pristup vodeći se pravom korisnika na samoodređenje i autonomno donošenje odluka, u kritičnim se situacijama prepoznaje nedostatak vještine konfrontiranja, što katkad i sami članovi očekuju. Pri tome je riječ o umjerenom konfrontiranju koje nije krajnje direktivno, no dio teškoće postoji u nedovoljnom iskustvu, kao i velikoj dobnoj razlici terapeuta u odnosu na korisnike, kao i između korisnika. U tom smislu od velikog bi značaja bila i profesionalna ili barem sustručnjačka supervizija kao zaštitni činitelj pri izloženosti profesionalnom stresu koji se pokazao da u ovom području često izvire iz osjećaja profesionalne izolacije, pojava recidivizma, rada u klubovima nakon redovitog radnog vremena (Ajduković, 2005.:81). Općenito, potrebno je daljnje proučavanje, educiranje i unapređivanje vještina za rad s problemom alkoholizma koji je daleko kompleksniji, višedimenzionalniji i izazovniji od naše prvotne predodžbe. Postoji prostor za uvođenje novih tehnika (primjerice, kreativnih), ali i izgradnju modela evaluacije koji bi se kontinuirano primjenjivao u radu. Ovo područje vidimo poticajnim za otvaranje interdisciplinarnih istraživačkih pitanja o psihosocijalnim aspektima alkoholizma, a s druge strane i za proučavanje grupnog pristupa u pomagačkim profesijama kako bi se što uspješnije integrirala praktična iskustva sa znanstvenim spoznajama.

## LITERATURA

1. Ajduković, M. (1997). **Grupni pristup u psihosocijalnom radu**. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Ajduković, M. (2005). Supervizija u socijalnom radu. U: Radat, K. (ur.), **Alkoholizam i socijalni rad**. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 81-85.
3. Ajduković, M. (2008). **Rad s nedobrovoljnim klijentima i motiviranje za promjenu**. Radni materijal za program Edukacija za voditelje Psihosocijalnog tretmana počinitelja nasilja u obitelji. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
4. Čačinović Vogrinčić & Mešl, N. (2007). Uspostavljanje suradnog odnosa u socijalnom radu. U: Čačinović Vogrinčić, G., Kobal, L., Mešl, N. & Možina, M. (ur.), **Uspostavljanje suradnog odnosa i osobnog kontakta u socijalnom radu**. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada, 3-51.
5. Jukić, V. (2006). Alkoholizam. U: Hotujac, Lj. (ur.), **Psihijatrija**. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb, 117-140.
6. Klaić, B. (1978). **Rječnik stranih riječi**. Zagreb: Nakladni zavod Matice hrvatske.

7. Kotarac, M. (2005). Problem i tretman alkoholizma na radnom mjestu. U: Radat, K. (ur.), **Alkoholizam i socijalni rad**. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 37-41.
8. McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2001). A five - factor theory of personality. In: John, O. P., Robins, W. & Pervin, L.A. (eds.), **Handbook of personality: Theory and research**. New York: The Guilford Press, 139-154.
9. Mojaš, Lj. (2005). Naša kratka priča o suočavanju s alkoholizmom kao bolešću i počecima liječenja. U: Radat, K. (ur.), **Alkoholizam i socijalni rad**. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 45-46.
10. Možina, M. (2007). Uspostavljanje osobnog kontakta. U: Čaćinović Vogrinčić, G., Kobal, L., Mešl, N. & Možina, M. (ur.), **Uspostavljanje suradnog odnosa i osobnog kontakta u socijalnom radu**. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada, 51-91.
11. Nenadić-Šviglin, K. (2005). Problem recidiva u alkoholičara. U: Radat, K. (ur.), **Alkoholizam i socijalni rad**. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 19-25.
12. Petz, B. (2005). **Psihologijski rječnik**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Radat, K. (ur.) (2005). Uloga i značenje vjerske zajednice u tretmanu obitelji alkoholičara. U: **Alkoholizam i socijalni rad**. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 65-73.
14. Štimac, A. (2003). Socijalni radnici najpozvaniji su stručnjaci u resocijalizaciji liječenih alkoholičara. U: Golik – Gruber, V. (ur.), Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara. Preuzeto s: <http://hskla.hr/ZBORNİK%20knjiga/index.htm>. (15.10.2009.).
15. Torre, R. (2006). **Oporavak alkoholičara u klubovima liječenih alkoholičara**. Zagreb: Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara.
16. Wolman, R. (2001). **Spiritual intelligence and why it matters**. New York: Harmony Books.
17. Zvekić, M. (2005). Žene u alkoholizmu: žena kao alkoholičar i žena kao pomagač. U: Radat, K. (ur.), **Alkoholizam i socijalni rad**. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 33-36.

Ana Miljenović

University of Zagreb, Faculty of Law

Department of Social Work

## **PSYCHOSOCIAL APPROACH AND ALCOHOLISM: EXPERIENCE OF CLUBS OF TREATED ALCOHOLICS**

### ABSTRACT

*The article presents the experience of professional activities in the clubs of treated alcoholics (hereinafter: the CTA) through the psychosocial approach perspective. In the first part of the article, the context in which the clubs are operating is explained and a critical overview of the implementation of the psychosocial approach is provided. Such approach enables the recognition of various aspects in rehabilitation and resocialization of a treated alcoholic: psychological, social, spiritual, cultural as well as gender ones. Due to the fact that the clubs foster a family approach, i.e. the simultaneous presence of a treated individual and a member of his/her family, different methods should be used in order to cater the needs of the individual, the family sub-system as well as the entire CTA as a group of users. In the relationship of helpers and members, the principles of a cooperative relationship and respect of the right to self-determination are used in parallel with raising awareness of possible forms of resistance. The conclusion presents the possibilities of enhancing the CTA approach as well as further practical and scientific approaches of social workers to alcoholism.*

*Key words: psychosocial approach, alcoholism, clubs of treated alcoholics*

